FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Manoel Carlos Cleto Moreira

THESE

DISSERTAÇÃO

Sciencias Medicas

PRIMEIRO PONTO

RACHITISMO

PROPOSIÇÕES

SEGUNDO PONTO

Secção Accessoria. — Infanticidio

TERCEIRO PONTO

Secção Cirurgica. — Operações reclamadas pelas collecções de liquidos no thorax

QUARTO PONTO

Secção Medica. — Do diagnostico e tratamento das diversas manifestações do hysterismo e da epilepsia

---

THESE

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 27 DE OUTUBRO DE 1875

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

EM 22 DE DEZEMBRO DO MESMO ANNO

PELO

Dr. Manoel Carlos Cleto Moreira

Natural da Provincia do Rio de Janeiro

FILHO LEGITIMO DO

Tenente Eugenio Cleto Moreira e de D. Maria Bernardina da Conceição

RIO DE JANEIRO

TYPOGRAPHIA UNIVERSAL DE E. & H. LAEMMERT

71, Rua dos Invalidos, 71

1875

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

Conselheiro Dr. Visconde de Santa Izabel.

VICE-DIRECTOR

Conselheiro Dr. Barão de Theresopolis.

SECRETARIO

Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes.

LENTES CATHEDRATICOS

Doutores:

PRIMEIRO ANNO

F. J. do Canto e Mello Castro Mascarenhas. (1ª cadeira). Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Manoel Maria de Moraes e Valle . . . . (2ª »). Chimica e Mineralogia.
Luiz Pientzenauer. . . . . (3ª »). Anatomia descriptiva.

SEGUNDO ANNO

Joaquim Monteiro Caminhoá . . . . (1ª cadeira). Botanica e Zoologia.
Domingos José Freire Junior . . . . (2ª »). Chimica organica.
Francisco Pinheiro Guimarães . . . . (3ª »). Physiologia.
Luiz Pientzenauer. . . . . (4ª »). Anatomia descriptiva.

TERCEIRO ANNO

Francisco Pinheiro Guimarães . . . . (1ª cadeira). Physiologia.
Cons. Antonio Teixeira da Rocha . . . (2ª »). Anatomia geral e pathologica.
Francisco de Menezes Dias da Cruz (Presid.) (3ª »). Pathologia geral.
Vicente Candido Figueira de Saboia. . . (4ª »). Clinica externa.

QUARTO ANNO

Antonio Ferreira França . . . . . . (1ª cadeira). Pathologia externa.
João Damasceno Peçanha da Silva . . . (2ª »). Pathologia interna.
Luiz da Cunha Feijó Junior . . . . . (3ª »). Partos, molestias de mulheres pejadas e paridas e de recem-nascidos.
Vicente Candido Figueira de Saboia. . . (4ª »). Clinica externa.

QUINTO ANNO

João Damasceno Peçanha da Silva. . . . (1ª cadeira). Pathologia interna.
Francisco Praxedes de Andrade Pertence. (2ª »). Anatomia topographica, medicina operatoria e apparelhos.
Albino Rodrigues de Alvarenga. . . . (3ª »). Materia medica e therapeutica.
João Vicente Torres-Homem (Examin.) . (4ª »). Clinica interna.

SEXTO ANNO

Antonio Corrêa de Souza Costa (Examin.) . (1ª cadeira). Hygiene e historia da Medicina.
Barão de Theresopolis. . . . . (2ª »). Medicina legal.
Ezequiel Corrêa dos Santos . . . . . . (3ª »). Pharmacia.
João Vicente Torres-Homem. . . . . . (4ª »). Clinica interna.

LENTES SUBSTITUTOS

Agostinho José de Souza Lima (Examin.). . . . .
Benjamin Franklin Ramiz Galvão . . . .
João Joaquim Pizarro . . . . Secção de Sciencias Accessorias.
João Martins Teixeira. . . . .
Augusto Ferreira dos Santos . . . .

. . . .
Claudio Velho da Motta Maia. . . . .
José Pereira Guimarães. . . . . Secção de Sciencias Cirurgicas.
Pedro Affonso de Carvalho Franco. . . . . . .
Antonio Caetano de Almeida . . . .

José Joaquim da Silva . . . .
João José da Silva . . . . Secção de Sciencias Medicas.
João Baptista Kossuth Vinelli. . . . .

N. B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas Theses que lhe são apresentadas.

Á SAGRADA MEMORIA

DE

MEU PAI E DE MINHA SEMPRE CHORADA MÃI

Eterna saudade.

Á MEMORIA

DE

MEUS CAROS IRMÃOS

Amor fraternal.

AOS MEUS IRMÃOS

AOS MEUS CUNHADOS E SOBRINHOS

AOS MEUS PARENTES

E

AOS MEUS VERDADEIROS AMIGOS

Felicidades

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRO PONTO

SECÇÃO DE SCIENCIAS MEDICAS

Rachitismo

(CADEIRA DE PATHOLOGIA INTERNA)

> On doit beaucoup exiger de celui qui se fait auteur par un sujet de gain et d'intérêt, mais celui qui va remplir un devoir dont il ne peut s'exempter, est digne d'excuse dans les fautes qu'il pourra commettre.
>
> LA BRUYÈRE.

HISTORICO

No correr do seculo XVII, a Inglaterra foi sorprendida pelo apparecimento de uma molestia que, accommettendo as crianças, amollecia-lhes os ossos e tornava-os disformes.

Generalisou-se por tal fórma essa molestia, nas principaes cidades occidentaes que parecia tomar o caracter epidemico; tão consideravel foi o numero das victimas, que os principaes medicos do Collegio de Londres se reunirão, afim de bem estudal-a e procurar os melhores meios de pôr um paradeiro ao seu desenvolvimento.

Uma commissão composta de Glisson, Bate e Regemorter, foi encarregada de colleccionar o que houvesse de mais positivo entre os escriptos antigos relativamente á essa affecção.

Glisson, que foi nomeado o historiador dessa commissão, escreveu sobre essa molestia um tratado que elle dividio em duas partes;

uma theorica e outra pratica; na primeira, que foi incompleta, tornou-se obscuro; na segunda, porém, descreve perfeitamente todos os caracteres dessa mesma affecção, para o que muito concorrêrão com suas observações seus collegas Bate e Regemorter.

Nesse trabalho affirma Glisson quê essa molestia, que elle denomina *the rickets, o rachitismo,* é nova, tendo sua origem na Inglaterra.

A opinião de Glisson a este respeito deu lugar a discussões e divergencia nas opiniões dos autores, dos quaes alguns considerão o rachitismo como uma molestia antiga.

Beylard, estudando minuciosamente esta questão, chegou a concluir que o rachitismo já era conhecido no tempo de Hippocrates e Galleno.

Levacher de la Fleutrie cita algumas passagens de historiadores gregos e latinos que fazem crer que os antigos não forão isentos de deformidades devidas a essa affecção.

Em 1554 Theodosino vio um menino de 17 mezes de pelle fria e humida, seu peito era achatado, tres vertebras fazião-se salientes na região dorsal, e tal era sua fraqueza que não se podia conservar em pé.

Zacuntus diz ter curado muitos meninos, que não podião andar por causa da molleza dos ossos, vacillando e cahindo desde que tentassem dar alguns passos.

Schenchius refere o facto de um menino de 7 annos, que não podia respirar livremente, por causa de um achatamento da caixa thoracica, que datava da sua primeira infancia.

Á vista destes factos não podemos deixar de reconhecer a antiguidade do rachitismo. Se sua denominação é nova, a molestia póde não o ser, pois que sendo seu desenvolvimento devido á má alimentação e falta de cuidados hygienicos, tanto os antigos como os modernos estarião sujeitos a contrahil-a, desde que se expuzessem a essas causas.

Incontestavelmente é a Glisson que cabe o merito de ter sido o primeiro que detalhadamente estudou essa molestia.

Alguns autores, porém, existem que, querendo tirar a Glisson seus merecimentos, affirmão que cinco annos antes do apparecimento do seu tratado do rachitismo, Wilster sustentára uma these em Leyde sobre o mesmo assumpto.

Em 1660, por sua vez, Mayow publicou uma monographia sobre esta molestia e como Glisson a considera nova e affirma que, depois de se ter ella estendido por toda a Grã-Bretanha, passára então aos paizes estrangeiros.

Van-den-Velde, em 1700, mais tarde Boerhaave e Van-Swieten fallão dessa molestia, dando como causa tudo o que póde corromper e enfraquecer a materia nutritiva dos ossos, taes como o ar viciado, atmosphera humida, vicio venereo, etc.

Foi Duverney, em 1751, um dos autores que mais minuciosamente se occuparam do estudo desta molestia, em seu tratado das *molestias dos ossos*, e se estendendo na parte relativa á anatomia pathologica.

Em 1754 appareceu Buchner escrevendo sobre esta molestia, em que admitte dous gráos: *rachitis perfecta*, em que as deformações são mais ou menos completas; e *rachitis imperfecta*, em que ha sómente entumecimento das epyphises. Em 1772 Levacher de la Fleutrie apparece tambem escrevendo sobre a mesma molestia, que elle considera antiga e a divide em *verdadeiro* e *falso*: rachitismo verdadeiro é o que depende da flexibilidade dos ossos antes da puberdade e lhes permitte experimentar curvaturas e torsões em differentes épochas do crescimento; *rachitismo falso* é o que consiste no amollecimento pathologico dos ossos, devido a scrophulas, scorbuto, etc. Não considera, como alguns de seus predecessores, o rachitismo como um *virus degenerado*, mas sim uma molestia geral do systema osseo, de que não participa o resto do

organismo. Não deixa, porém, de confundil-o com certos desvios do rachis.

Franck, em 1788. Portal, em 1799, escreverão tambem sobre o rachitismo, e Portal, que o considera como molestia essencial, reconhece seis especies, taes são: 1.ª, venereo: 2.ª scrophuloso; 3.ª, scorbutico; 4.ª, o que sobrevém consecutivamente a molestias eruptivas; 5.ª, o que succede aos engorgitamentos abdominaes; 6.ª, finalmente, o rheumatismal ou gottoso.

Em quasi todos esses trabalhos nota-se obscuridades, devidas talvez á confusão que nessa épocha reinava quanto á natureza dessa molestia; assim elles consideravão como ligada ao rachitismo a maior parte das deformações, sem conhecerem a natureza das lesões anatomo-pathologicas.

Entre os trabalhos mais modernos e de importancia, encontraremos alguns artigos de Rufz, na *Gazeta Medica* de 1834, de Guerin 1839, que depois de Glisson, é a quem cabe a gloria de ter sido o autor que mais se tem occupado do estudo do rachitismo.

Depois trabalhos não menos importantes têm apparecido, taes com os de Bouvier, Vogel, Guersant, Trousseau, etc.

Synonymia

Por differentes denominações tem sido conhecido o rachitismo. Em Inglaterra foi conhecido por the *rickets*, *morbus anglicus*; na Allemanha *articuli duplicati* e em França *nouûre*, *chartre* etc.

Mais tarde, depois de estudos mais aperfeiçoados, recebeu o nome de *rachitis* ou *rachitismo*; posto que seja uma expressão viciosa para designar esta affecção, comtudo tem sido conservada até hoje.

Definição

Rachitismo é uma molestia da infancia, ligada a uma perturbação geral da nutrição, e caracterisada por amollecimento dos ossos e deformações multiplas do esqueleto.

A denominação *rachitismo* ainda se applicava outr'ora a todas as deformações da columna vertebral; observações, porém, mais exactas e mais em harmonia com o espirito analytico da sciencia, fizerão justiça a esse erro. Graças a trabalhos mais modernos, o rachitismo tornou-se uma individualidade morbida perfeitamente caracterizada e occupa hoje um lugar bem conhecido no quadro nosologico.

Anatomia Pathologica.

Os primeiros dados que se encontrão sobre a anatomia pathologica do rachitismo muito deixão a desejar.

Foi Rufz o primeiro que descreveu scientificamente essa camada flexivel, elastica, recticular, e de espessura variavel, que se encontra entre a camada epiphysiaria e a camada esponjosa diaphysiaria nos individuos rachiticos. Guerin, Broca e Virchow vierão com suas luzes, mais tarde, esclarecer o estudo desta questão.

Sob a influencia de causas diversas, a nutrição do tecido osseo e cartilaginoso se perturba; os saes calcareos não chegão mais aos ossos, os que ahi se achavão, desapparecem, resultando consideraveis alterações de textura, que são differentes em cada periodo da molestia.

Sem entrarmos em minuciosidades histologicas das lesões rachiticas, vamos dar uma idéa geral do que se tem encontrado em cada um destes periodos.

Primeiro periodo. — Os ossos apresentão tumefacção, que é mais pronunciada nas epiphyses dos ossos longos. Estes conservão ordinariamente suas curvaturas e fórmas naturaes; o amollecimento que tem soffrido o tecido osseo não é ainda sufficiente para produzir deformações, entretanto que já é notavel para que elle tenha perdido sua consistencia e adquirido certa elasticidade, deixando-se cortar com facilidade pelo scalpello. Cortando-se o osso, nota-se que as areolas do tecido esponjoso tem experimentado um comêço de dilatação, e que as laminas concentricas, que formão a diaphyse dos ossos longos, são afastadas umas das outras, do que resulta a tumefacção que se percebe.

Essas areolas são cheias de uma materia gelatiniforme sanguinolenta, que enche igualmente o canal medullar dos ossos longos, e acha-se tambem entre a superficie externa e o periostio.

O periostio tambem apresenta suas modificações. É mais vascular que no estado normal, injectado de sangue, mais espessado, e inteiramente adherente ao osso, cuja superficie deixa de ser liza e é tambem mais vascular. A lamina cartilaginosa, que nos meninos separa as epiphyses das diaphyses dos ossos longos, é mais molle, de coloração azulada transparente e que desapparece completamente pela maceração.

Os ossos, em geral, têm perdido sua densidade e peso; o tecido esponjoso é formado de cellulas muito mais largas que no estado são, sendo algumas constituidas pela reunião de muitas cellulas entre si, e cujas paredes têm sido destruidas; seu tecido compacto é todo perfurado, devido isto ao trabalho de reabsorpção intersticial, e ao desapparecimento dos vasos de nova formação, que por ahi passavão.

Segundo periodo. — Neste periodo o entumecimento das epiphyses dos ossos longos é mais consideravel. A lamina externa do tecido compacto dos ossos curtos é mais porosa e as areolas do tecido esponjoso mais largas. A diaphyse dos ossos longos apresenta-se entumecida, em virtude da disposição particular que tomão a membrana medullar e o periostio. A vascularisação do periostio augmenta-se ainda mais, e a materia gelatiniforme, derramada entre elle e o corpo do osso, é mais consideravel, transformando-se depois em um tecido avermelhado, elastico, semelhante a uma esponja fina (tecido esponjoyde de Guerin) e que se distingue do tecido esponjoso antigo, por suas fibras mais densas, mais unidas e descoradas.

O amollecimento dos ossos torna-se muito consideravel.

Nota-se neste periodo um amollecimento do tecido antigo do osso, cujas laminas são mais raras e maleaveis que no periodo precedente ; ao mesmo tempo tambem se nota a formação de um tecido novo, constituido pela materia gelatiniforme, que começava a se manifestar no 1º periodo, que entretanto, augmentando de quantidade, toma uma consistencia de cartilagem muito notavel. Ha uma desorganisação do tecido osseo antigo, cujas laminas concentricas dos ossos longos, e as que constituem o tecido esponjoso nas epiphyses e nos ossos curtos, são ainda mais afastadas umas das outras.

Essa destruição das laminas osseas é tão consideravel que, estando o osso secco, se na parte que constituia o tecido compacto injectarmos um pouco d'agua, esta o atravessará de um lado a outro.

A par dessa desorganização do tecido antigo, vê-se a reconstituição de um tecido novo, cujo trabalho sendo muito activo, o osso todo parece constituido pela materia gelatinosa de nova formação, onde se encontra a substancia do antigo tecido amollecido ; a membrana medullar acha-se então espessada e mais vascular.

As membranas medullares e periosteas apresentão outras

modificações que varião, conforme tem o osso soffrido ou não deformações: se o osso tem conservado sua fórma normal, o periostio quasi nada apresenta de extraordinario; outras vezes, porém, elle se acha tão intimamente unido á superficie ossea, que seria muito difficil destacal-o sem arrancar a camada mais externa do osso. Se este, porém, apresentar curvaturas, nota-se disposições differentes em sua concavidade e convexidade. Com effeito, na concavidade, o periostio além de ser mais espessado, acha-se vermelho e injectado, e muito adherente ao osso; ao passo que, na porção convexa, elle tem perdido sua espessura normal, devido talvez á compressão ou ao atrito que nessa parte exercem os musculos.

O canal medullar apresenta consideravel diminuição de seu calibre, e esta diminuição, produzida pelo espessamento da membrana interna, e pela presença da materia derramada em seu interior, é muito mais consideravel no ponto em que a curvatura do osso é mais pronunciada.

Neste periodo, as fracturas não se consolidão, porém os fragmentos podem ficar unidos por um tecido formado da materia cartilaginiforme, de que já fallámos, dando lugar a verdadeiras pseudarthroses. É ainda neste periodo que os ossos apresentão um peso especifico muito pouco consideravel.

Terceiro periodo. — Neste periodo predomina o trabalho de reconstituição e consolidação dos ossos.

No meio da materia graxa gelatiniforme, que já vimos no primeiro periodo, e que no segundo começa-se a organisar, vê-se desenvolver nucleos calcareos e osseos, comêço do novo osso que fórma.

As modificações mais notaveis tendentes á reconstituição do tecido dos ossos longos observa-se nas paredes de suas diaphyses. A consolidação das epiphyses dos ossos chatos e curtos não se faz á custa do periostio, mas sim da materia amorpha, derramada nas areolas do tecido esponjoso desses mesmos ossos. Nas extremidades

epiphysiaras dá-se um phenomeno inverso do que se passa nas diaphyses.

Aqui o tecido novo toma a densidade do marfim, o que é mais sensivel nos pontos em que se têm dado as fracturas ; ao passo que, nas extremidades epiphysiaras, esse tecido tende a se reabsorver em parte, de modo a formar areolas, apresentando certa semelhança com o tecido esponjoso normal. Dá-se aqui um facto analogo ao trabalho de consolidação das fracturas : espessamento do periosteo, um trabalho pathologico em virtude do qual vêm-se depositar em um tecido cellular os materiaes solidos destinados á formação do callo, ou de osso novo, que serão mais duros que o osso antigo.

Acontece muitas vezes que os ossos, que nos periodos precedentes apresentavão curvaturas exageradas, começão neste periodo a se endireitar, a ponto de perderem completamente as suas deformações. O peso desses ossos, assim reparados, é mais consideravel do que o do tecido osseo normal, é tanto mais denso quanto fôr elle mais antigo, branco e muito compacto, assemelhando-se ao marfim, donde o nome de eburnação, dado a este periodo.

Eis a marcha mais commum das lesões que caracterisão o rachitismo que se termina pela cura. Alguma cousa temos a accrescentar, nos casos em que a molestia faz mais progressos deixando os doentes em um verdadeiro estado de cachexia rachitica.

Nestes casos não se dá o periodo de consolidação, que é substituido pelo de consumpção. O tecido osseo não tem tendencia alguma a se reconstituir; o osso apresenta grande rarefacção, a materia derramada nas areolas, sobre as membranas medullares e periosticas, não se transformão em tecido cartilaginoso para depois passar ao estado osseo. A absorpção do tecido antigo progride. Os ossos longos são tambem reduzidos a uma especie de casca delgada, contendo em seu interior materia graxa esbranquiçada.

A fragilidade e friabilidade desses ossos são consideraveis ; os ossos curtos são muito porosos.

Symptomatologia.

Para seguirmos com methodo, e para maior facilidade na exposição dos symptomas, consideraremos no rachitismo tres periodos a exemplo de alguns autores: no primeiro periodo, ou de invasão predominão os phenomenos funccionaes; no segundo predominão as deformações; e no terceiro, finalmente, a consolidação dos ossos com o desapparecimento de todos os phenomenos morbidos.

Primeiro periodo. — *Invasão.* — Raras vezes apparece o rachitismo bruscamente por deformação dos ossos em individuos de saude perfeita; muito poucos factos desta ordem forão observados por Barrier, Guerin e Guersant. Geralmente elle é annunciado por symptomas precursores, que convem ser conhecidos, porque sua semelhança com symptomas prodromicos de outras molestias agudas poderia dar lugar a erro de diagnostico.

Nos primeiros mezes da vida, essa molestia começa por um catarrho intestinal chronico, com enfraquecimento da constituição, e emaciação não menos rapida. (*)

O primeiro phenomeno que se manifesta mais commummente, segundo observa o professor Trousseau, é uma modificação particular no estado mental dos individuos.

A principio sobrevem-lhes uma certa tristeza, analoga á que se observa nas affecções cerebraes. Esta tristeza dos rachiticos depende talvez da exagerada sensibilidade de todas as partes do seu corpo, sensibilidade esta que se torna bem patente quando se procura erguer o doente do seu leito, e que se traduz pelo choro e gritos de dôr.

(*) (Jaccoud. Path. int.)

Essa infeliz creança, que até então recebia com alegria as caricias que lhe erão dirigidas, agora parece teme-las. Se se approxima do leito em que ella se acha, nota-se que seu rosto exprime anxiedade e o temor de ser obrigada a mudar de posição.

Esta mudança no caracter do menino, o medo que elle experimenta, suppondo que a pressão de mãos estranhas vem despertar seus soffrimentos, essa tristeza habitual, differem do que se observa no começo das molestias graves, e principalmente no periodo prodromico da febre cerebral. Com effeito, em um menino, victima desta ultima affecção, podemos trazer-lhe uma alegria, ainda que passageira, podemos excitando vivamente seu espirito, faze-lo sahir desse torpôr melancolico, que constitue seu estado habitual.

O mesmo não se dá no rachitico. Quanto mais procuramos excita-los ou torna-los alegres, tanto mais impacientes se tornão.

Se o menino ja tem começado a andar, não poderá se conservar em pé. Passa a maior parte do tempo assentado ou deitado, evitando assim toda a sorte de movimentos. Abandona inteiramente seus jogos e divertimentos, que dantes lhes parecião indispensaveis; se já têm o dom da palavra então accusão dôres nos ossos longos, e principalmente ao nivel das articulações.

Todos estes phenomenos tornão-se mais patentes pelos progressos da molestia.

É nesta epocha que são mais communs os vomitos, que em outros doentes só apparecem mais tarde, depois que a nutrição estiver já bastante alterada.

Vejamos o que se passa nas grandes funcções da vida organica.

Para o lado do apparelho digestivo, notamos que o appetite, conservado regularmente até então, diminue consideravelmente, á proporção que a molestia faz progresso, e desapparece inteiramente logo que ella tiver chegado a seu apogêo.

Umas vezes o estomago não póde supportar alimentos de qualidade alguma, outras vazes, porém, só póde supportar substancias indigestas.

Sobrevem diarrhéa, rebelde aos meios therapeuticos ; ora constituida por um simples fluxo intestinal, ora por alimentos não digeridos, algumas vezes alternando-se com uma constipação pertinaz.

Os grandes apparelhos excretores, os rins e systema cutaneo achão-se perturbados em suas funcções ; a pelle é coberta de suores profusos, e mais tarde, algumas vezes, de erupções.

As ourinas são geralmente abundantes e algumas vezes raras, e a analyse chimica descobre depositos de phosphatos calcareos. Existe ás vezes um movimento febril pouco intenso e continuo.

O emmagrecimento torna-se cada vez mais consideravel, estendendo sua influencia até os musculos que se tornão flacidos, perdendo quasi toda a força de contracção, e se atrophião deixando perceber as saliencias osseas tornando assim patentes as deformações, que começão a apparecer.

Segundo periodo.— *Deformação.* —A passagem da molestia para este periodo é annunciada, ás mais das vezes, pela tumefacção das extremidades epiphysiaria, dos ossos longos. A esta tumefacção succede em breve um entumecimento analogo das extremidades anteriores das costellas, em sua união com as cartilagens, formando uma serie de saliencias, que facilmente se percebe.

Os ossos longos, amollecidos, apresentão deformações muito differentes.

Chegada a molestia a um gráo muito adiantado, podemos notar, nos doentes deformações consideraveis, quer no tronco, quer nos membros.

O peito achatado lateralmente, abaixo das axillas, torna-se saliente para diante, tomando o aspecto de peito de passaro.

Na juncção das costellas com as cartilagens sternaes, nota-se, em

cada lado, uma serie de pequenas saliencias nodosas, que, por sua fórma globulosa e sua disposição, têm merecido a denominação de rosario rachitico. O achatamento do peito torna-se mais pronunciado da segunda costella á nona.

Em sua parte superior, o thorax parece mais estreitado, do que na realidade é, e essa illusão é devida á approximação das espadoas por causa do encurtamento das claviculas, que têm tambem perdido sua fórma normal.

Posteriormente, a concavidade natural da região cervical do rachis é muito exagerada, ao passo que a convexidade da região dorsal faz uma saliencia anomala. Esta deformação do thorax produz necessariamente um embaraço na respiração ; sua porção mediana, sendo estreitada, a respiração costal superior torna-se embaraçada, a respiração diaphragmatica se exagera, tornando supplementar ; isso explica a ampliação da base do thorax.

O embaraço desta funcção acarreta o da circulação, principalmente a venosa, do que resulta o desenvolvimento das veias subcutaneas, com especialidade da cabeça, e como consequencia ainda desse embaraço, os suores profusos, que constantemente póde-se encontrar nos rachiticos.

O ventre, geralmente crescido, se confunde com a base do thorax. Pela apalpação, nota-se que o figado e o baço excedem muito o rebordo costal.

A percussão mostra sonoridade exagerada em toda extensão do abdomen, sonoridade esta devida á distensão dos intestinos por grande quantidade de gazes. Além disso, póde-se encontrar obscuridade nas partes inferiores e lateraes.

Se o figado e o baço excedem o rebordo costal, é porque são recalcados no abdomen, e não depende isso de hypertrophia desses orgãos, inherentes ao rachitismo, como alguns têm pensado.

O ventre volumoso faz pressão sobre a bacia que tambem apresenta deformações nos ossos que a constituem: os illiacos tornão-se

achatados e voltados para fóra; os ischions impellidos um para o outro se dirigem para dentro, e a porção illiaca é levada para fóra. Esta approximação dos ischions traz mudança na posição dasa rticulações côxo-femuraes; as cavidades cothyloides se approximão da linha mediana. A cavidade da pequena bacia acha-se estreitada, e a grande bacia apresenta-se, pelo contrario, com capacidade maior.

Os membros tambem apresentão deformações notaveis. As côxas representão dous arcos de concavidade para dentro e para traz. As deformaçõəs das pernas são mais variadas. Assim, se o menino ainda não começou a andar, a concavidade das curvaturas das pernas é dirigida para diante e para dentro, e os joelhos muito afastados.

Se, porém, o menino já tem andado, as deformações se fazem em sentido inverso: a concavidade do tibia e do peroneo se dirigem para fóra e para traz, e os joelhos se approximão. Outras vezes uma perna se curva para fóra e a outra para dentro, como que se encaixando uma na outra, ou então descrevem angulos, arcos de circulo, ou outras fórmas mais ou menos variadas.

Nos membros thoracicos dá-se a mesma cousa; com a differença, porém, que as deformações são quasi sempre as mesmas para o segmento inferior, e varião quanto ao segmento superior, o contrario do que vimos para os membros abdominaes.

Estas deformações são devidas ao amollecimento dos ossos tal, que á vontade e com cautela póde-se obter flexões muito consideraveis. Billroth acredita que as curvaturas das extremidades inferiores dependem de uma serie de pequenas fracturas incompletas dos ossos, de uma ruptura da camada cortical, não tendo lugar senão de um só lado.

As articulações não deixão de apresentar tambem modificações notaveis. Assim, ao nivel das articulações radio-carpeana e tibio-tarcina, essas modificações são mais sensiveis; nota-se a

principio um entumescimento consideravel das extremidades osseas que concorrem á formação dessas articulações; parece que um pouco acima e abaixo desses pontos, os membros têm sido vigorosamente comprimidos por um laço, apresentando nodosidades constantes, e caracteristicas da molestia. Esta disposição, que muitas vezes apparece no rachitismo, é determinada pelo entumescimento das extremidades osseas e pelo relaxamento dos ligamentos, que muitas vezes é levado a tão alto gráo que permitte as superficies articulares afastarem-se, sob a influencia de uma tracção mesmo moderada, de sorte que os pés ou as mãos podem executar movimentos anormaes muito exagerados.

A cabeça tambem apresenta suas modificações caracteristicas, ainda que menos frequentes.

É muitas vezes augmentada de volume, devido isto ao trabalho de ossificação que, vindo a parar, permitte ao cerebro tomar maior desenvolvimento.

Esta parada do trabalho de ossificação traz a persistencia das fontanellas, que, para o professor Trousseau, é um signal quasi evidente do rachitismo, se não estiverem completamente fechadas depois de dous annos.

O craneo, assim augmentado de volume, é tambem assimetrico, apresentando muitas vezes uma das bossas parietaes, por exemplo, mais desenvolvida de um lado que do outro. (Billroth tem notado que em alguns casos a molleza do occipital é o unico signal que caracterisa o rachitismo.) A face não se desenvolve do mesmo modo que o craneo, resultando dahi uma desproporção entre estas duas partes da cabeça, um verdadeiro contraste entre as regiões frontaes e orbitarias, que são muito desenvolvidas, e as regiões maxillares que não apresentão esse desenvolvimento.

Esse contraste dá á physionomia dos meninos uma expressão de tristeza e de seriedade, que não está em relação com a sua idade. Apresentão o aspecto de pequenos velhos, o que foi bem

assignalado por Glisson : *Vultus magis compositus et severus quam œtas-postularet.*

Eis o que tinhamos a dizer, ainda que resumidamente, dos caracteres physicos do rachitismo.

Chegada a molestia a este estado de deformações, os symptomas geraes, de que já nos occupámos, tornão-se mais pronunciados ; o corpo apresenta todos os caracteres de grande depauperamento; a face é pallida, algumas vezes cyanotica, se o embaraço da circulação tem augmentado. Os tegumentos são flacidos e descorados, os membros delgados, emfim , o emmagrecimento geral faz progressos de dia para dia ; os meninos já não podem supportar o peso da cabeça, que pende para as espadoas.

Para terminarmos o que tinhamos a dizer deste periodo, vejamos a ordem de successão, segundo a qual as deformações osseas se produzem.

Guerin diz que as deformações rachiticas se produzem sempre de baixo para cima : assim, começando nas pernas, ganhão as côxas, bacia, rachis, thorax, etc. Baseado em suas observações chegou a formular as seguintes proposições :

1.ª Toda a deformação rachitica de um dos ossos do esqueleto implica a deformação das partes collocadas abaixo.

2.ª O gráo de cada deformação diminue de baixo para cima.

3.ª Toda deformação isolada das partes superiores não depende do rachitismo.

Guerin não parece ter razão em formular proposições tão absolutas.

Se é verdade o que elle diz quanto ao rachitismo nos adultos, bem que apresentando muitas excepções, se é verdade até certo ponto quanto aos meninos que já têm andado, é, entretanto, falso quando applicado aos meninos da primeira idade. Nestes as deformações sobrevêm em uma ordem inversa da que indica Guerin. É pelo peito, tronco e extremidades superiores que ellas apparecem,

Neste caso, a unica pressão que o corpo supporta é a do ar atmospherico, pressão poderosa a que a caixa thoracica, com seus ossos amollecidos, não poderá resistir.

Se o menino não anda, porém, póde assentar-se no leito, firmando-se nos braços, será por estes que as deformações começão. Finalmente, se os meninos já são de mais idade ou que já andão, então a ordem de successão será a indicada por Guérin; porque seus ossos, soffrendo um amollecimento progressivo, os das partes inferiores sendo os primeiros a supportar, na estação em pé, todo o peso do corpo, serão tambem os primeiros a se deformarem.

Terceiro periodo.—Este periodo apresenta caracteres differentes, conforme a terminação da molestia tiver de ser pela morte, ou pela cura.

Raras vezes os doentes fallecem victimas da propria molestia.

As mais das vezes elles succumbem de uma affecção thoracica, que se torna muito grave pelo embaraço que soffre a respiração.

Algumas vezes, entretanto, as perturbações, se manifestando nas funcções nutritivas, e dependentes das perturbações da digestão, da hematose e das secreções cutaneas, trazem desordens incompativeis com a vida, e os doentes succumbem de uma consumpção (*) rachitica.

Se a molestia tem de se terminar pela cura, os symptomas geraes diminuem pouco a pouco, a diarrhéa cessa e as digestões se fazem com mais facilidade.

A grande quantidade de phosphatos, que existia nas ourinas, diminue, estas não são mais abundantes e voltão ao estado normal.

Os ossos qne tinhão consideravel flexibilidade, se tornão mais duros, e as deformidades dos membros diminuem consideravelmente.

(*) Guérin.

As curvaturas do rachis e do peito pouco diminuem; entretanto, se a molestia não tem sido muito intensa, estas deformações podem desapparecer sem deixar vestigio algum de sua passagem.

Marcha, Duração e Terminação.

A marcha do rachitismo é muito variavel.

Se elle sobrevem em um menino de um a dous annos, as deformações, começando geralmente pelos ossos da perna, ganhão em seguida os da côxa, bacia, punhos, costellas, rachis, etc. Se vem revestido de caracter agudo em dous ou tres mezes, o esqueleto se deforma; no caso contrario o processo póde levar um e mais annos para chegar a seu apogêo.

Ordinariamente o rachitismo gasta de seis a oito mezes, em percorrer todos os seus periodos; todavia a consolidação não se completa senão muito mais tarde.

É nesta epocha de deformações que os meninos são atormentados pelas dôres nos membros, diarrhéa, febre, e se cobrem de suores profusos; depois de um tempo mais ou menos longo, a molestia passa para o terceiro periodo e se termina pela cura ou pela morte.

Se tiver de terminar pela cura, ou se a molestia tiver sido combatida convenientemente, as forças se reanimão, o systema muscular adquire maior actividade, as deformações vão desapparecendo ou pelo menos não progridem mais, e assim todos os mais symptomas gradualmente desapparecem.

Os meninos, que tinhão cessado de andar, voltão de novo ás suas innocentes carreiras, o crescimento, interrompido, dos ossos, segue seu curso normal: os desvios tornão-se menos apparentes, ou desapparecem inteiramente.

Se, porém, as deformações, têm sido muito consideraveis ou se

assestão no sternon, costellas ou rachis, então persistem quasi sempre, e os individuos ficão expostos por toda a vida aos perigos que resultão da deformação dessas partes do esqueleto.

Assim, se as deformações se tiverem assestado nos membros pelvianos, os individuos encontraráõ difficuldade no andar; se nas claviculas ou nos omoplatas, os membros thoracicos perderáõ sua força e os movimentos serão menos extensos.

O estreitamento da bacia na mulher traz difficuldades para o parto, tornando-o algumas vezes impossivel.

As deformações do thorax podem trazer embaraços para as funcções dos orgãos ahi contidos.

Se a molestia tiver de se terminar pela morte, as deformações continuão a fazer progressos, os meninos se enfraquecem e se definhão; os symptomas funccionaes se aggravão, e elles succumbem victimas, muitas vezes, de complicações thoracicas ou abdominaes.

Diagnostico

Em vista do conjuncto dos symptomas physicos e funccionaes de que já fallámos, facil será reconhecer o rachitismo dentre todas as molestias da infancia; entretanto seu diagnostico será muito difficil no primeiro periodo em que os symptomas não são ainda pronunciados, sendo facil confundi-lo com outras molestias como sejão: a enterite chronica, certas affecções cerebraes, e cachexias etc.

Poderemos evitar de alguma sorte o erro de diagnostico se tivermos em vista os seguintes signaes que acompanhão o rachitismo: a aversão dos doentes aos movimentos bruscos, a exageração da sensibilidade em todo o corpo, e, finalmente, a presença mais ou menos consideravel nas ourinas, de phosphatos calcareos.

No começo do segundo periodo, quando as extremidades articulares começão-se a entumecer, poderiamos crêr em um rheumatismo articular agudo; se attendermos porém que o rheumatismo é muito raro nesta idade, e traz sempre phenomenos febris, e que as dôres das articulações affectadas são precedidas de rigeza nestas partes, a duvida deixará de existir.

O estado cachetico em que se achão os meninos com o consideravel abaulamento do ventre, os suores abundantes poderião fazer acreditar na existencia de tuberculos dos ganglios mesentericos; porém esta affecção, além de ser muito rara, antes dos tres annos é quasi sempre acompanhada de tuberculisação pulmonar, e dos ganglios do pescoço; além disso não se notará nos doentes as deformações do peito e as curvaturas dos membros, que se encontrão no rachitismo.

O esqueleto póde apresentar outras deformações que se assemelhão ás produzidas pelo rachitismo, e convém que sejão conhecidas:

Hydrocephalia.— O rachitismo, atacando as paredes do craneo, tornando-o mais ou menos disforme, póde algumas vezes simular a hydrocephalia; porém o desenvolvimento do craneo nesta ultima affecção é mais regular e além disso não existem as deformações das outras partes do corpo, que se encontrão no rachitismo e que muito auxilião o diagnostico.

Se na maioria dos casos é facil o diagnostico destas duas affecções, algumas vezes, porém, será muito difficil desde que ellas coexistirem no mesmo individuo.

Um excellente meio de diagnostico encontraremos no ophthalmoscopio de que faz menção o Dr. Bouchut em sua nota apresentada á Academia de Sciencias em 1865.

Segundo este grande observador a hydrocephalia começa produzindo sempre compressão cerebral, o exame do fundo do olho deixará vêr uma ou muitas alterações da papilla e da retina, taes

como o crescimento do numero dos vasos venosos, sua dilatação e flexuosidade; uma infiltração peripapillar e algumas vezes pigmentação da retina, e finalmente certo gráo de atrophia da papilla, retina do nervo optico, e algumas vezes da choroyde.

No rachitismo não se encontra alteração alguma, revelada por esse instrumento.

Alguns têm encontrado no ruido de sôpro da fontanella anterior no rachitismo, um meio de distingui-lo da hydrocephalia; porém, segundo as observações de Fischer e de Whiteney que assignalárão o sôpro encephalico como symptoma de molestias do cerebro, meningeas, e outras, elle deixará de merecer a importancia que lhe querem dar.

Deformação do rachis. — A columna vertebral póde apresentar desvios em todos os sentidos, que entretanto não podem ser confundidos com os produzidos pelo rachitismo, porque essas deformações são frequentes nos adultos e nessa idade não é commum o rachitismo. Ainda mesmo que essas deformações sobreviessem na infancia, não virião precedidas dos phenomenos precursores, nem de deformidades dos membros que denuncião a molestia de que nos occupamos. Esses desvios, sendo congenitos algumas vezes, são devidos ás mais das vezes a causas mechanicas que actuárão sobre o rachis, como as quédas, a posição que as amas imprimem ás crianças quando as carregão, etc.

Além disso esses desvios do rachis apparecem muitas vezes em individuos nas melhores condições hygienicas possiveis, e não parecem de modo algum ligados a vicio de nutrição.

Tuberculos vertebraes ou mal de Pott. —Entre esta affecção e o rachitismo, o diagnostico é facil. A primeira ataca de preferencia as epiphyses dos ossos curtos em que predomina o tecido esponjoso, ao passo que o rachitismo começa por atacar no diaphyses.

O mal de Pott tem sempre uma tendencia á suppuração, e se alguma duvida existisse no comêço desta affecção, os abscessos por congestão, aos lados da columna vertebral, mais tarde virião dissipa-la.

A compressão que soffre a medulla, no mal de Pott, traz paralyzias de sentimento e movimento, bem como perturbações para as funcções da bexiga e recto.

O estudo das lezões anatomo-pathologicas ainda nos fornece elementos para o diagnostico.

Assim, no mal de Pott encontra-se alterações das cartilagens intervertebraes, e mesmo destruição das vertebras, produzidas pelos tuberculos que respeitão porções de tecido em certos pontos; no rachitismo, porém, as vertebras não soffrem alteração alguma em sua estructura, mas sim mudanças sómente nas relações das superficies articulares, produzindo seus differentes desvios.

Osteo-malacia. — Eis uma affecção que muito se parece com o rachitismo, com o qual alguns autores a têm confundido e que para outros não existe differença alguma e por isso dão-lhe o nome de *rachitismo dos adultos.*

Segundo Lobstein, ambas dependem de uma anomalia da nutrição; e é baseado nisto que alguns autores querem explicar sua identidade.

Se são identicas, quanto á sua natureza, não o são quanto a seus caracteres differenciaes, que são bem distinctos. Vejamos se poderemos distinguir estas duas affecções. O rachitismo, como já vimos, é molestia propria da infancia e ataca as crianças de ambos os sexos, na epocha em que os ossos estão em via de formação, retardando a marcha de seu desenvolvimento; a osteo-malacia, pelo contrario, ataca os adultos e de preferencia a mulher em estado puerperal.

O rachitismo deve a sua existencia a uma alteração da nutrição, ou a uma alimentação insufficiente, más condições hygienicas etc., entretanto estas causas não têm muita influencia na producção da

osteo-malacia que muitas vezes sobrevem em consequencia de causas moraes, certas privações etc.

As lezões anatomo-pathologicas tambem apresentão notaveis differenças, para o que vejamos a opinião de Virchow, quanto á esta questão : « Em seus resultados, diz Virchow, o osso malacico póde, durante a vida, appresentar alguma analogia com o rachitico; mas, sob o ponto de vista de sua genese, essa analogia desapparece totalmente.

« Na osteo-malacia ha reabsorpções, as partes solidas se amollecem e ossos de uma dureza calcarea se transformão em medulla gelatinosa. No rachitismo não ha a menor reabsorpção essencial, as partes molles não se endurecem, as camadas osteoides, desprovidas de cal, não soffrem modificação e assim as camadas esponjosas e compactas que já estão calcificadas.

« Na osteo-malacia é o osso propriamente dito que se transforma, no rachitismo é a cartilagem e o periostio, partes que apenas se podem considerar atacadas de osteo-malacia. Nesta ha desapparição, atrophias, degenerescencia e metamorphose retrograda; no rachitismo, ao contrario, ha formação, metamorphose progressiva, e, sómente em certo tempo, esse trabalho é interrompido.» (Arch. de anat. pathologica).

No osteo-malacia as deformações começão pela bacia e muitas vezes dahi não passão, o que não se dá no rachitismo em que essas deformações começão pelos membros e só mais tarde chegão á bacia.

Quanto aos symptomas, devemos observar que as dóres que soffrem os doentes de osteo-malacia são sempre profundas e limitadas a alguns ossos sómente, ao passo que as que soffrem os rachiticos são geraes.

A marcha da osteo-malacia é mais lenta, a do rachitismo é mais rapida.

Quanto ao prognostico ainda encontramos algumas differenças;

assim a osteo-malacia tem quasi sempre uma terminação fatal, ao passo que o rachitismo é as mais das vezes affecção benigna, pois que se termina, quasi sempre, favoravelmente, cedendo facilmente aos meios therapeuticos; contra aquella, porém, todo o tratamento é as mais das vezes improficuo.

Prognostico

O rachitismo, como simples modificação do systema osseo, não é perigoso; póde-se estacionar em muitos casos, após a dentição, para se terminar depois pela cura.

Seu prognostico varía segundo sua maior ou menor intensidade.

Se elle não ataca senão os membros e em um gráo pouco intenso, o prognostico será benigno, pois que, mediante um tratamento hygienico e curatico bem dirigido, as deformações dos ossos e todos os symptomas desappareceráõ sem deixar vestigios de sua passagem, e, ainda mesmo que persistão alguns traços de deformações, isso não impedirá os individuos de se entregarem a suas occupações.

Se porém o rachitismo tem accommettido os meninos em alto gráo, produzindo profundas alterações do esqueleto, o prognostico será muito grave, porque não só os ossos podem não se endireitar mais, como podem tambem sobrevir para os doentes graves consequencias. Assim a conformação viciosa do thorax, estreitando sua cavidade, traz embaraços para as funcções dos orgãos ahi contidos; e qualquer affecção ulterior que sobrevenha nos apparelhos respiratorio e circulatorio, com facilidade produz syncopes, dispneas e outras desordens mais, dando em resultado a morte dos doentes.

As deformações dos ossos da bacia, na mulher, produzindo notavel diminuição em seus diametros, podem trazer difficuldades serias ao mechanismo do parto, exigindo muitas vezes o emprego de certas

operações tendentes a facilitar a sahida do feto, e que não deixão de pôr em risco a vida da parturiente.

O rachitismo em seu começo, quando mesmo o amollecimento do occipital é apenas sensivel, póde trazer como complicação o spasmo da glotte, o que muito aggrava o prognostico, pois que os meninos rachiticos victimas dessa affecção quasi sempre succumbem.

Etiologia.

Sobre a etiologia do rachitismo ainda paira muita obscuridade. Se muitas vezes encontramos uma causa qualquer, capaz de explicar seu apparecimento, outras vezes elle sobrevem passando-nos inteiramente desconhecida a causa que o produzio, como tem sido observado, por alguns autores, em meninos alimentados cuidadosamente, e cercados das melhores condições hygienicas possiveis.

Dentre muitas causas que por sua influencia podem dar origem ao rachitismo temos a considerar: a má alimentação, idade, sexo, herança, condições hygienicas, temperamento etc. Vamos examinar em poucas palavras cada uma destas causas, começando pela alimentação, que julgamos a origem mais frequente dessa molestia.

Alimentação.—A alimentação tem sido considerada por quasi todos os autores, como a causa determinante mais poderosa do rachitismo. Assim, Guillot (*) affirma que « a causa do rachitismo é uma má alimentação na infancia, todas as mais são banaes. »

Buchut, estudando as condições em que sobrevem esta molestia, chegou até a concluir que se póde tornar um individuo rachitico, á vontade, por um máo regimen.

(*) Moniteur des hôpitaux — 1853.

Trousseau tambem é desta opinião.

Guersant, que reconhece a influencia da alimentação na producção do rachitismo, discorda de seus collegas todavia, quando affirma que os meninos que se alimentão mal, aquelles cuja alimentação tem por base o leite e os farinaceos estão muito mais expostos a contrahir essa affecção, do que os que fazem uso de alimentação mais animalisada.

Esta opinião não parece verdadeira e contra ella protestão os factos. Os meninos que fazem uso de um aleitamento prolongado não se tornão rachiticos, mas sim aquelles que cedo abandonão, ou que prematuramente fazem uso de uma alimentação muito substancial.

Em apoio deste modo de pensar temos as importantes experiencias de Guérin, feitas em animaes. Assim, tendo elle tomado alguns cãezinhos da mesma idade, e fazendo uns se alimentarem sómente com o leite materno, e outros com carne crua, no fim de pouco tempo vio os primeiros se apresentarem sob a apparencia de saude robusta, ao passo que os outros se definhavão, e sendo accommettidos de diarrhéa e vomitos apresentárão em pouco tempo todos os caracteres do rachitismo.

Á vista dos resultados de suas experiencias, Guérin tambem acredita que o rachitismo depende de uma alteração da nutrição, reconhecendo por causa uma alimentação viciosa, isto é, não apropriada ao estado dos orgãos digestivos. Na verdade, sendo o tubo digestivo dos meninos destinado a receber o leite materno até á evolução dos dentes, se este genero de alimentação fôr substituido por outro, é claro que a nutrição soffrerá, e este soffrimento se traduz muitas vezes pelo rachitismo.

O modo por que geralmente fazem o aleitamento das crianças nos primeiros mezes de sua existencia muito concorre para o apparecimento desta affecção.

Se a mãi tem bom leite e em quantidade sufficiente e se encarregar

da criação do seu filho, dispensando-lhe os cuidados convenientes, a saude dessa criança se conservará com todo o vigor.

Se, porém, ella tiver a infelicidade de possuir pouco leite, ou se, por uma causa qualquer, não puder encarregar-se desse trabalho, será forçada a recorrer ao aleitamento artificial ou a entregar o filho a uma ama.

Em qualquer das duas bypotheses, podem sobrevir os mesmos inconvenientes.

O aleitamento artificial, feito com cuidado, póde dar bons resultados; porém, geralmente, as mães, levadas por um excessivo amor, julgando esse aleitamento insufficiente, recorrem a alimentos mais substanciaes, que em breve virão substituir o primeiro; d'ahi resulta que em pouco tempo a criança começa a emmagrecer, sobrevem-lhe diarrhéa, vomitos, tornando-se rachitica.

O mesmo se dá no aleitamento feito pelas amas.

Não sendo estas carinhosas, ou não tendo interesse algum nessa missão, muitas vezes, recusando o seio á criança, vão ás occultas alimentando-a de substancias diversas; d'ahi os mesmos inconvenientes da alimentação prematura.

Ditas estas poucas palavras sobre a influencia etiologica da alimentação, passemos a tratar das causas que mais se distinguem d'entre as predisponentes.

Idade.—A infancia é a idade predilecta do rachitismo. É em geral depois dos seis mezes e raras vezes depois dos seis annos que elle se desenvolve. Não podemos determinar uma epocha precisa a seu apparecimento: é muito frequente aos 18 mezes, e, muito poucas vezes, tem sido observado no feto, e na adolescencia. Em 346 casos observados por Guérin, a invasão teve lugar do modo seguinte:

Antes do nascimento..........	3 casos
No decurso do 1º anno..........	98 «

No decurso de 2° anno	178	casos
« « « 3° «	35	«
« « « 4° «	19	«
« « « 5° «	10	«
de 6 a 12 annos	5	«

Segundo esta estatistica, ainda notamos maior frequencia do rachitismo no segundo anno, decrescendo á proporção que d'ahi se afasta.

Seu apparecimento coincide, as mais das vezes, com a épocha da dentição e por isso alguns autores considerão-na como causa predisponente. Não acreditamos na influencia da dentição como causa dessa molestia, pois que os meninos que tiverem feito uso de um bom aleitamento, passaráõ essa crise sem novidade alguma.

Attribuimos a frequencia do rachitismo nessa épocha á mudança talvez da alimentação, que geralmente fazem nessa occasião, tendo lugar muitas vezes bruscamente a transição do aleitamento ao uso de alimentação mais substancial.

Em casos muito raros o rachitismo tem sido observado na adolescencia. Glisson apenas encontrou dous, de 16 a 17 annos. Portal encontrou 5, de 15 a 18 annos.

Tem-se verificado que o rachitismo propriamente dito póde apparecer do terceiro mez da vida uterina até a completa formação do esqueleto; passada que seja essa épocha, as lesões que se encontrarem no tecido osseo, dependendo de causas locaes ou geraes, não poderão mais ser attribuidas a essa affecção.

Sexo. — Para alguns autores o sexo exerce grande influencia no apparecimento do rachitismo, sendo mais commum no sexo feminino que no masculino.

Com effeito, as estatisticas assim parecem demonstrar.

Em 1654 casos observados pelo Dr. Kunter havião 624 meninos e 830 meninas; em 346 observados por Guérin, 148 erão do sexo

masculino e 190 do sexo feminino. Segundo Dufour, encontra-se 15 meninas rachiticas para um menino ; segundo Marjolin, a proporção seria de 21 para um. Ritter, porém, diz ter observado essa molestia igualmente em ambos os sexos.

Heranças.— Ninguem deixa de reconhecer o papel que representa a herança na etiologia do rachitismo.

Dugés (dic. de med.) diz que, quando se observar em uma familia meninos rachiticos, indagando-se acerca das molestias por que passárão seus progenitores ou mesmo collateraes, acha-se que quasi sempre alguns delles têm soffrido de rachitismo. O professor Rostan parece-se inclinar á idéa da transmissão, quando diz que a maior parte das molestias chronicas que alterão profundamente o tecido dos orgãos póde-se transmittir pela herança.

O rachitismo está neste caso, em virtude das alterações que se manifestão para o tecido dos ossos.

Não crêmos que os pais que soffrêrão de rachitismo possão transmittil-o a seus filhos, pois que tem-se visto casos em que pais que soffrêrão desta affecção, e mães que soffrêrão de osteo-malacia, derão origem a filhos que gozarão de perfeita saude, sem participarem de qualquer dessas molestias.

Como bem diz o professor Trousseau, os pais transmittem a seus filhos a predisposição sómente, de sorte que nestes o rachitismo se desenvolve com maior facilidade, sob a influencia de certas causas occasionaes, do que nos outros, em que a herança não influir.

É muito difficil conhecer a verdadeira influencia da herança, porque, nos casos em que ella póde ser invocada, nós vemos outras causas não menos poderosas concorrendo tambem para o apparecimento da molestia. Encontrando a herança poderoso auxiliar nas más condições hygienicas, nos é difficil conhecer seu verdadeiro valor, desde que actuarem conjunctamente estas duas causas.

Influencias hygienicas.—As más condições hygienicas muito concorrem para o desenvolvimento do rachitismo.

Dentre ellas, alguns autores distinguem a humidade, que elles julgão capaz de por si só desenvolver esta affecção. O Dr. Beylard, que dá muita importancia a esta causa, para confirmal-a, cita, em sua these, a observação de um marceneiro no gozo de perfeita saude que, casando-se com uma senhora nas mesmas condições e habitando por muito tempo juntos em um lugar humido e sombrio, de cinco filhos que tiverão tres forão rachiticos.

O Dr. Deschamps, porém, que não admitte tal influencia, diz que em 254 casos de rachitismo por elle observado esta causa occupa um lugar muito pouco importante.

Frio.—A influencia do frio é reconhecida como insignificante. Com effeito, as pesquizas experimentaes assim parecem confirmar. Williams Edwards, que successivamente expôz á acção do frio animaes de differentes especies, nunca encontrou nelles lesões rachiticas; os symptomas geraes observados durante todo o tempo das experiencias em nada se parecião com os que o rachitismo apresenta.

Flourens, procurando conhecer a causa da morte dos passarinhos submettidos á acção do frio, chegou a conhecer que na maioria dos casos dependia de inflammação dos pulmões.

Temperamento.—O temperamento não parece ter grande influencia no apparecimento do rachitismo; pelo menos não está ainda provado.

Para Baudelocque o temperamento lymphatico é de todos o que mais predispõe ao apparecimento do rachitismo; entretanto outros autores, como Guérin, Guersant, etc., têm encontrado meninos rachiticos apresentando os attributos de outros temperamentos, sem nelles haver predominancia do lymphatico.

Pathogenia

Da pathogenia do rachitismo muito se occupárão os autores antigos, e do seu estudo tem resultado grande numero de hypotheses, que, reinando por certo tempo, forão cahindo umas apoz outras diante dos ulteriores progressos da sciencia.

Seria certamente de grande utilidade, se o modo de producção do rachitismo pudesse ser conhecido; porém, no estado actual da sciencia, isso não tem sido ainda possivel.

Presentemente o facto que nos parece bem conhecido e admittido, é o que se refere á doutrina de uma simples parada, na producção ossea, pela diminuição da vitalidade geral do organismo.

A não ser isto, tudo mais é incerto. Outro facto tambem verdadeiro é que os ossos, dos individuos rachiticos, contêm uma quantidade de phosphatos calcareos menos consideravel que os ossos de individuos sãos; e tambem que o organismo elimina constantemente, pelas ourinas, maior quantidade desse sal que de ordinario.

Tem-se procurado explicar o desapparecimento dos sáes calcareos por tres modos differentes: 1°, introducção no organismo de uma quantidade insufficiente de phosphato de cal ; 2°, insufficiencia sómente para o lado da assimilação, tendo sido os saes calcareos ingeridos em quantidade conveniente ; 3°, finalmente, pela presença de um agente dissolvente, que subtrahe os sáes já depositados e impede a precipitação dos que vêm depois.

A primeira hypothese não nos parece admissivel, porque, se uma alimentação, contendo uma proporção minima de saes calcareos, póde ser seguida do rachitismo, isto nem sempre tem lugar ; algumas vezes, pelo contrario, acontece sobrevir essa molestia em casos em que esses saes se encontrão em quantidade mais que sufficiente na alimentação. Como prova a isto, temos as experiencias

de Chossat feitas em pombos. Tendo feito estes animaes se alimentarem de substancias contendo pouco sal calcareo, obteve perturbação da nutrição e a morte; os ossos tornárão-se mais frageis, porém não apresentárão os signaes caracteristicos do rachitismo. (Guesson.)

Em todas as epochas tem-se procurado explicar a diminuição dos saes terrosos nos ossos rachiticos, pela presença de um acido em excesso desenvolvido no corpo.

Para Callissen e outros, havia um excesso de acido nos orgãos digestivos, e affirmão poder-se reconhecer, por uma analyse chimica muito exacta, a presença dos acidos acetico, oxalico phosphorico ou lactico.

Porém, como bem faz notar Ritter, esses acidos deverião ter uma acção differente, segundo erão destinados a dissolver o elemento calcareo dos ossos, e, portanto, ter como resultado augmentar a reabsorpção desses elementos ou impedir a chegada dos sáes calcareos.

Os que attribuião o principal papel ao augmento da reabsorpção devião, antes de tudo, provar que realmente o elemento calcareo diminue de uma maneira notavel, e que a ourina dos rachiticos contém uma quantidade anomala desse sal.

O resultado das analyses chimicas têm variado muito: se uns têm encontrado grande augmento de phosphatos calcareos, outros, porém, não têm encontrado senão um augmento muito relativo.

Segundo o modo de vêr de Ritter, só as analyses comparativas das ourinas de meninos rachiticos e sãos, da mesma idade, poderião decidir a questão e demonstrar que a quantidade de elementos calcareos eliminados é maior do que a quantidade que o organismo recebe.

Darwin affirma que o acido em questão deve ser encontrado, não no estomago ou vias de absorpção, porém nos proprios ossos. Lehmann, discordando desta opinião, diz que o osso são ou

rachitico, tem as mais das vezes uma reacção neutra, e, em casos raros, quando ahi ha uma maior quantidade de sangue, uma reacção alcalina. Elle acredita que os saes calcareos são dissolvidos pelo acido lactico; que esse acido e o phosphato se achão juntos no organismo em proporção determinada; que em certos pontos o acido lactico, sendo saturado ou transformado, o deposito do phosphato se faz, pela falta do acido dissolvente; finalmente, se existe grande quantidade de acido livre, elle não sendo neutralisado no organismo, a precipitação do sal não terá lugar; além disso o sal que já se tinha depositado póde ainda ser dissolvido e eliminado.

Se tudo isto é possivel, nada ha que nos leve á certeza.

Passemos a dar uma ligeira noticia dos resultados a que chegou Broca (1) do estudo microscopico dos ossos rachiticos. Depois de um acurado estudo, chegou elle a concluir que, em cada extremidade de um osso affectado de rachitismo, se encontra cinco camadas superpostas: 1ª, uma camada cartilaginosa; 2ª, chondroide; 3ª, chondro-esponjoide; 4ª, esponjoide; 5ª, esponjosa.

As quatro primeiras camadas nunca faltão, devido isso a que o tecido cartilaginoso das epiphyses passa successivamente para os três outros estados seguintes.

Para explicar a natureza desse trabalho morbido, sua causa immediata, sua significação precisa, Broca estudou de perto o crescimento dos ossos em comprimento, e a evolução do tecido esponjoide.

Para elle o tecido chondroide e esponjoide são tecidos normaes transitorios destinados a soffrer promptamente uma organisação mais completa.

Proveniente das cartilagens, elles devem, por sua transformação, dar origem ao tecido osseo e desapparecer á proporção que se produzem.

No estado normal, elles formão uma camada muito delgada. Isto

(1) Menards, These.

posto, póde acontecer que uma perturbação, sobrevindo na nutrição geral, perturbe esse trabalho de ossificação. Esse trabalho organisador, em vez de correr todos os seus periodos, pára antes de chegar a seu fim, e o tecido esponjoide torna-se permanente, de transitorio que era. Entretanto, o chondroide continúa a se formar sob a cartilagem epiphysiaria e a produzir novas camadas de tecido esponjoide; este se une á extremidade da diaphyse e em breve constitue uma camada, cuja espessura é proporcional ao crescimento que o osso tem soffrido desde o começo da molestia.

A cartilagem epiphysiaria propriamente dita não differe do estado normal; a camada chondroide é já um pouco alterada, mais espessa e molle que no osso são.

A camada esponjoide é mais alterada ainda; sua flexibilidade e molleza são devidas á penuria dos saes calcareos, que, no estado normal, lhes dão mais solidez.

A cartilagem faz tudo que lhe é possivel para terminar a ossificação; porém não chega a esse fim, porque a nutrição perturbada lhe recusa os saes calcareos, sem os quaes ella não póde passar ao estado osseo.

Esta parada de desenvolvimento em um tecido é o phenomeno mais caracteristico do rachitismo.

Broca ainda notou que na maior parte dos meninos, todas as vezes que a nutrição geral soffre serios embaraços, o crescimento dos ossos deixa de dar-se regularmente, sua consistencia diminue e o tecido esponjoide se fórma.

Terminemos esta parte do nosso trabalho, reproduzindo as tres proposições seguintes, apresentadas por Broca, que resume a parte do seu trabalho, de que acabamos de nos occupar.

O rachitismo é uma perturbação da nutrição, que embaraça o trabalho de ossificação e pára-o no momento em que o tecido osseo está em ponto de adquirir sua organisação definitiva. A maior

parte dos meninos, que succumbem de uma molestia chronica, apresenta em seus esqueletos as lesões do rachitismo.

O rachitismo não é uma molestia especial.

É um effeito e não causa. As lesões que se lhe attribuem podem ser a consequencia de todas as causas que perturbão a nutrição durante o rapido crescimento da infancia.

Tratamento

Differentes erão os medicamentos de que lançavão mão os antigos contra o rachitismo, distinguindo-se, de entre muitos, os mercuriaes, antiscorbuticos e os alcalis, conforme attribuião esta affecção á influencia da syphilis, scorbuto, etc. A genciana, a quina e o lichen tambem erão muito empregados, embora insignificantes seus resultados. Externamente não trepidavão em lançar mão de vesicatorios, cauterios, sangrias e fumigações com toda especie de hervas aromaticas.

Não se conhecia ainda um agente capaz de combater esta molestia, e bem pobre de recursos achava-se sua therapeutica quando, em 1790, Percival e Dorbey fizerão conhecer um medicamento, que fôra por muito tempo usado empiricamente pelos povos, que habitavão o littoral do mar Baltico, contra o rachitismo e rheumatismo. Só em 1827 este novo medicamento foi submettido á experiencias em França por Bretonneau. Á vista dos bons resultados colhidos, outros praticos proseguirão nas experiencias e os resultados forão sempre satisfactorios. Este medicamento, que veio preencher uma lacuna na therapeutica do rachitismo, é o oleo de figado de bacalháo; embora não seja elle um especifico, hoje não ha pratico que deixe de reconhecer sua importancia no tratamento desta affecção.

Graças a mais exactos conhecimentos etiologicos, tem-se hoje

conseguido, com meios simples, não só curar, como tambem prevenir o apparecimento do rachitismo.

Seguindo, pois, a pratica mais usada consideraremos o tratamento do rachitismo de baixo de dous pontos de vista principaes: prophylatico e curativo.

Tratamento prophylatico

O melhor meio de prevenir o apparecimento do rachitismo, admittido por muitos autores, é a hygiene.

Sem deixarmos de reconhecer neste meio um poderoso auxiliar no tratamento dessa molestia, devemos sobretudo lançar nossas vistas para a alimentação das crianças: pois que, com uma boa alimentação podemos impedir seu apparecimento, o que não succederá com uma alimentação má ou mal dirigida.

Não tendo as crianças chegado ao periodo de evolução dos dentes, o aleitamento é o unico meio de alimentação que mais convem. Nesta epocha devemos proscrever qualquer outro alimento, proprio dos adultos, pois que, em virtude da fraqueza do estomago das crianças, e da má elaboração do bôlo alimentar, pela falta da mastigação, difficil ou impossivel será tambem sua assimilação.

O leite que mais convem é o de mulher; em sua falta, póde-se recorrer ao leite de vacca, devendo-se notar que este, posto que apresente pouco sensivel modificação em seus principios constitutivos, é de mais difficil digestão.

Reconhecida a utilidade do aleitamento, devemos regular as condições de sua administração.

Muitas mãis existem que têm o máo habito de amamentar seu filho a cada instante; apenas a criança chora, apresenta-lhe logo

o seio, deixando-o mamar a fartar. Resulta dahi que o estomago, repleto, expelle pelo vomito todo o leite que continha. O maior inconveniente desse prodigo aleitamento, segundo o Dr. Menards, consiste em que as primeiras partes do leite, que o menino suga, são as menos ricas de principios nutritivos, do que as que vêm depois; fazendo-se o menino mamar a miudo, elle utilisa-se sómente dessas primeiras partes menos nutritivas, e por conseguinte alimenta-se mal. Para evitar esses inconvenientes, elle aconselha alimentar bem as crianças, a principio, todas as horas, mais tarde, de duas em duas horas, destinando-se depois horas certas para esse fim. O mesmo se fará durante a noite, em que essas horas deveráõ ser mais espaçadas, afim de deixar repousar a mãi ou ama, o que lhes é muito util.

Uma das questões, que merece muita importancia, é a de saber-se qual a epocha da desmamação. A este respeito tem havido divergencia nas opiniões de alguns autores; assim, uns aconselhão prolongar o aleitamento por muito tempo; outros excluem-no quasi inteiramente; outros, finalmente, são de opinião que se desmame as crianças logo que os primeiros dentes começão a apparecer.

Todos estes preceitos peccão por exclusivos. Convem, pois, evitar toda exageração. O aleitamento deve ser começado desde a mais tenra idade, continuar durante a evolução dos incisivos, para se terminar com o apparecimento dos primeiros mollares; no caso de soffrerem as crianças com a dentição, ellas deverão ser desmamadas, como quer o professor Trousseau, depois da sahida dos caninos, cuja evolução é mais laboriosa do que a dos incisivos e dos mollares.

Nesta epocha então podemos conceder ás crianças algum alimento de facil digestão, como sopas de leite, pão, arroz, etc.; devendo ser dado a principio uma só vez por dia, mais tarde duas, acostumando os orgãos digestivos aos poucos, afim de não soffrerem depois com a transição da alimentação.

Os alimentos solidos, as carnes, devem ser proscriptos.

Passados os primeiros doze mezes, póde-se então conceder-lhes sopas gordas, caldos de carne, etc. Acostumando-se assim gradualmente os orgãos digestivos das crianças a uma alimentação mais substancial, a desmamação se fará mais tarde sem inconveniente algum.

Se, durante a evolução dos dentes sobrevier alguma complicação, deveremos suspender toda alimentação, conservando sómente a lactea.

Apezar da importancia que merece o regimen lacteo, não devemos perder de vista outros modificadores hygienicos, que poderão concorrer para o apparecimento da molestia de que nos occupamos.

Assim, as crianças deverão ser conservadas em lugares de ar puro, os aposentos que occuparem deverão ser espaçosos, de temperatura agradavel e de facil ventilação. Uma precaução tambem de muita importancia é a que se refere aos cuidados de asseio.

As mães deverão lavar todos os dias o corpo inteiro dessas crianças, sem exceptuar a cabeça, como geralmente fazem; a principio a agua deve ser morna, abaixando-se gradualmente a temperatura, até acostumal-as com a agua fria; por esses meios se desenvolve a actividade das funcções perspiratorias da pelle, vigora a constituição e dá força ás crianças.

Com todos estes cuidados preservaremos as crianças não só do rachitismo como dos accidentes da dentição.

Infelizmente nem sempre estes preceitos são postos em pratica pelas pessoas encarregadas da educação dos meninos, e muitas vezes acontece que, passados cinco ou seis mezes, o aleitamento é substituido pelo uso de alimentos grosseiros, na supposição de que assim elles se nutrem melhor, preconceito este muito difficil de se fazer desapparecer da mente de muitas mãis de familia.

Tratamento curativo

Se, apezar dos meios empregados, sobrevier o rachitismo, deveremos nos esforçar para que a funcção da nutrição alterada volte a seu estado normal ; para isso devemos observar rigorosamente as boas condições hygienicas.

O menino doente será collocado em uma habitação sadía, que não seja humida nem fria ; seu aposento deverá ser espaçoso, como já vimos precedentemente, e bem arejado, devendo se ter todo o cuidado em afastar d'ahi tudo que possa viciar o ar. Minuciosos cuidados de asseio devem ser observados. Preenchidas estas condições, deveremos dirigir nossa attenção para a alimentação. Quanto á esta questão, pouco temos a accrescentar ao que já dissemos no tratamento prophylatico.

Sobrevindo o rachitismo em meninos que ainda mamão. o aleitamento será o seu unico modo de alimentação.

Se, porém. o menino já tem sido desmamado e em tempo conveniente, além do regimen lacteo, poderemos conceder-lhe algum outro alimento de facil digestão. evitando sempre os alimentos solidos, desde que não houver dentes sufficientes para uma boa trituração.

A questão importante consiste em dar-lhe alimentos proprios de sua idade, devendo-se evitar as indigestões, que nessas crianças são sempre prejudiciaes.

Com todos estes cuidados hygienicos e alimentação conveniente, poderemos restabelecer a nutrição e trazer a completa cura para os doentes. Se, apezar disso, a molestia faz progressos, deveremos então lançar mão de meios medicamentosos, procurando sua indicação na propria molestia, em sua marcha e nas complicações que possão apparecer.

Chegada que seja a molestia ao periodo de amollecimento, devemos obrigar o doente a se conservar no leito, evitando todo movimento brusco, porque com facilidade póde-lhe produzir fracturas.

O colchão de seu uso não deve ser muito macio, nem ter altos e baixos, mas sim rigorosamente planos.

Neste periodo de amollecimento só devemos esperar vantagens no emprego do oleo de figado de bacalháo.

Antes de fallarmos do seu modo de administração, vejamos primeiramente qual das especies devemos preferir.

Existem no mercado tres variedades de oleo de figado de bacalháo: o branco, o louro e o escuro. O primeiro é de todos o menos desagradavel, porém é pouco activo.

O escuro é muito activo, de cheiro repugnante e de sabor acre. O louro, cujas propriedades organo-lepticas e curativas são intermediarias ás dos outros, por isso devemos preferil-o.

Tendo-se de empregar este medicamento na classe menos favorecida da fortuna, em que o rachitismo é mais frequente, deveremos preferir o escuro; pois que, sendo muito energico, não custa tão caro como os outros que, por serem desinfectados, nem por isso aprèsentão melhores resultados.

Quanto á sua acção therapeutica, tem havido divergencia nas opiniões dos autores. Assim uns attribuião sua acção ao iodo que elle contém; entretanto, as experiencias que se têm feito, provão exuberantemente que o iodo não póde substituir o oleo de figado de bacalháo no tratamento do rachitismo. Outros querem que o oleo de figado actue: 1°, como agente de calorificação pela queima que soffrem nos pulmões, os seus productos hydro-carbonados em contacto do oxigeneo: 2°, como um excitante do systema ganglionar e lymphatico; 3°, pelas propriedades amargas e tonicas das resinas biliares; 4°, pelos phosphatos calcareos em dissolução, que se achão em sua composição, etc. A judiciosa opinião do professor Trousseau, é que o oleo de figado de bacalháo

actua como um tonico analeptico, isto é, como corpo gorduroso e talvez como corpo graxo, em combinação com substancias tonicas e excitantes, como o iodo e o phosphoro.

O que não parece restar duvida é que os effeitos do oleo de figado de bacalháo, no rachitismo, estão sob a dependencia da acção que esse agente exerce na nutrição geral, favorecendo a assimilação dos principios contidos nos alimentos.

Na administração do oleo de figado de bacalháo devemos ter em vista a idade do doente e o gráo de susceptibilidade do apparelho digestivo para regularmos as dóses.

Póde-se começar seu emprego, dando aos doentes, até aos 18 mezes de idade, duas colheres de chá por dia, elevando-se a dóse depois a uma colher de sopa e mais se preciso fôr.

Para attenuar o máo gosto e cheiro do oleo, alguns dão em xaropes ou associão-lhe alguma essencia, como seja a de amendoas amargas, a de flôres de larangeiras, a agua de louro cerejo, etc. Isto nem sempre é preciso, porque as mais das vezes os meninos ingerem bem, e com facilidade se acostumão.

Acontece algumas vezes sobrevir diarrhéa com o emprego deste medicamento; neste caso devemos combate-la ou pelo sub-nitrato de bismutho, ou, como alguns querem, dando no leite, que lhes serve de alimento, alguns grãos de bi-carbonato de soda. Se, entretanto, esses meios não forem sufficientes, devemos diminuir a dóse do oleo ou suspender seu uso por alguns dias, para depois continuar.

Attendendo a que em muitas circumstancias os meninos não podem supportar o oleo ou têm muita repugnancia em toma-lo, o professor Trousseau tem recorrido com muito proveito á manteiga que, na dóse de 60 grammas em vinte e quatro horas, tem bastado para curar o rachitismo. Considerando elle que os corpos graxos e os oleos animaes constituem a base do tratamento do rachitismo, justifica o velho methodo adoptado na Escossia e

mesmo na Inglaterra, que consistia em dar aos rachiticos, em grande quantidade, o toucinho frito.

Não obstante o emprego do oleo do figado de bacalháo, devemos recorrer aos meios tonicos, como a quina, os ferruginosos, etc. São de grande vantagem os banhos aromaticos, banhos de mar, sulphurosos, etc.

Além dos cuidados hygienicos devemos procurar excitar o appetite e facilitar as digestões dos doentes.

Se existem vomitos ou diarrhéa, convém conhecer suas causas e combate-las quando fôr conveniente, pelos meios apropriados. Se a diarrhéa é lyenterica, póde-se empregar com vantagem a pepsina.

Tendo os meninos doentes mais de cinco annos, além deste tratamento deveremos recorrer a um regimen analeptico, evitando sempre os alimentos indigestos; a dóse do oleo de figado póde então ser elevada a 80 grammas por dia.

Com este simples tratamento veremos em poucos dias acalmarem-se as dôres que atormentavão os doentes, desapparecerem todos os phenomenos morbidos, e os ossos depois se consolidarem ; outras vezes, porém, a molestia, zombando de todos os meios empregados, continua em sua marcha progressiva, levando os doentes ao estado que Guerin denomina consumpção rachitica.

Nestas condições pouco temos a esperar do oleo de figado de bacalháo ; a medicação torna-se toda symptomatica, procura-se meios palliativos, e raras vezes se consegue obter a cura. Convém acalmar as dôres pelos narcaticos, e combater a diarrhéa pelos adstringentes, opiaceos, etc.

É muito commum então apparecerem complicações, e o medico vê-se obrigado a se collocar na defensiva.

Vejamos as indicações que nos póde fornecer o esqueleto.

Já vimos que no periodo de amollecimento é de grande vantagem o repouso do doente, afim de não ter lugar alguma fractura, o que é muito frequente.

Se apezar de todas as precauções sobrevierem fracturas, nunca deveremos lançar mão de apparelhos contentivos, porque estes apparelhos, trazendo embaraço na circulação, podem dar em resultado a gangrena da parte em poucas horas.

Contra as deformações parece desnecessario tratamento algum. As mais das vezes, com o declinar da molestia, as deformações vão desapparecendo aos poucos, e nessa occasião é de vantagem evitar posições viciosas dos membros. Para facilitar o completo desapparecimento dessas deformações, basta muitas vezes obrigarmos os doentes, depois da convalescença, a se entregarem a exercicios moderados, sendo muito util a natação e a gymnastica. Entretanto algumas deformações podem persistir, e contra ellas tem-se empregado differentes meios, como sejão : a tenotomia, a ruptura dos ossos e a osteotomia.

A primeira destas tres operações não é muito perigosa, porém não apresenta vantagens que a justifiquem. A ruptura dos ossos, além de perigosa pelas difficuldades que se encontra em pratica-la, e se poder facilmente precisar o ponto da fractura, deve ser proscripta. Alguns orthopedistas, elogiando este processo, aconselhão-o como vantajoso, talvez porque não tenhão em vista o numero das victimas.

A osteotomia não apresenta tão graves inconvenientes ; sendo de facil applicação poderia ser emprehendida com probabilidades de successo ; mesmo assim, o doente que a ella se submettesse, não estaria isento de complicações mais ou menos graves e nem por isso lhe tornaria a vida mais suave nem menos penosa.

Temos terminado nosso tosco trabalho. Não é um estudo completo e isento de defeitos que apresentamos, bem o sabemos, pois que isso compete a quem dispõe de mais intelligencia e melhores conhecimentos, o que não possuimos. Possa elle dar uma pallida idéa da molestia que lhe servio de assumpto, que com isso nos daremos por satisfeitos.

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO ACCESSORIA

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL

Infanticidio

I

Quando voluntariamente se mata um recem-nascido ha crime de infanticidio.

II

Para que haja infanticidio é condição indispensavel que a criança seja recem-nascida.

III

O gráo de viabilidade não é uma condição indispensavel para que a morte de um recem-nascido seja considerada infanticidio.

IV

É a respiração que caracterisa a vida extra-uterina do recem-nascido.

V

Sob a expressão geral docimastica da respiração, comprehende-se todas as experiencias e indagações a que se procede em materia de infanticidio para se provar se a respiração teve ou não lugar.

VI

A docimasia pulmonar hydrostatica, a que sempre se deve recorrer, para chegar-se ao conhecimento que o feto respirou, nem sempre tem valor.

VII

Se dermos valor absoluto á docimasia pulmonar hydrostatica, longe de reconhecermos o crime, faremos absolver seu autor.

VIII

Os pulmões podem deixar de sobrenadar, tendo a criança respirado.

IX

O feto póde ter vivido e não ter respirado.

X

A insuflação pulmonar é o maior escolho da docimasia hydrostatica.

XI

A ausencia das mudanças que o sangue determina ordinariamente nos caracteres physicos do tecido pulmonar, é que nos fornece muitas vezes o melhor indicio de que ahi houve insuflação.

XII

O infanticidio póde ser por omissão e commissão.

XIII

A ausencia de ligadura do cordão umbilical não constitue por si só prova de infanticidio por omissão.

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO CIRURGICA

CADEIRA DE MEDICINA OPERATORIA

Operações reclamadas pela collecção de liquidos no thorax

I

Thoracenthese é a operação que tem por fim dar sahida a liquidos ou gazes contidos na scavidades pleuriticas.

II

A thoracenthese comprehende dous processos principaes: incizão e puncção.

III

A thoracenthese é indicada quando symptomas asphyxicos ameaçarem a vida do doente, qualquer que seja a natureza do liquido derramado na cavidade pleuritica.

IV

A puncção incontestavelmente é considerada o melhor processo da thoracenthese.

V

A thoracenthese póde ser indicada sem que haja phenomeno de asphyxia, e neste caso é chamada operação de utilidade.

VI

Na hydrothorax symptomatica é geralmente um meio palliativo que allivia o doente.

VII

Os apparelhos de sucção ou de aspiração são os que devem mais geralmente ser empregados na thoracenthese.

VIII

De todos os apparelhos aspiradores os melhores são os de Potain e Castiaux, modificações do de Dieulafoy.

IX

A thoracenthese quando é bem indicada, nunca é uma operação inutil, nem prejudicial.

X

Nos derramamentos sanguineos traumaticos, a thoracenthese é raras vezes indicada, porque a collecção sanguinea é geralmente um meio hemostatico.

XI

Nos casos de piothorax a thoracenthese só ou acompanhada de injecções detersiva é o unico meio curativo.

XII

A syncope é um accidente que se póde dar na thoracenthese, porém não é muito commum.

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO MEDICA

CADEIRA DE CLINICA INTERNA

Do diagnostico e tratamento das diversas manifestações do hysterismo e da epilepsia

---

I

A hysteria é, de todas as nevroses, a que se manifesta com fórmas mais variadas, as quaes podem ser classificadas em dous grupos: *fórma convulsiva e fórma não convulsiva*.

II

O ataque convulsivo da hysteria póde de repente sorprender o doente, porém a regra geral é que haja prodromos.

III

Estes prodromos varião extraordinariamente; ás vezes elles apparecem e o ataque convulsivo deixa de manifestar-se.

IV

A aura hysterica é mais frequente e mais prolongada do que a epileptica, e consiste ordinariamente em uma sensação semelhante á produzida por um bolo que subisse do hypogastro ao esophago.

V

As convulsões hystericas são desordenadas, as epilepticas succedem-se sempre na mesma ordem, a principio tonicas e depois clonicas.

VI

Os ataques hystericos succedem-se quasi sempre á acção de uma causa evidente, especialmente ás impressões moraes muito vivas; os ataques epilepticos sobrevêm muitas vezes de um modo inopinado e sem motivo algum apparente.

VII

O hysterico, antes de cahir, tem tempo de procurar um abrigo; a quéda do epileptico é subita e imprevista; póde-se dizer que o hysterico deixa-se cahir, o epileptico é atirado por terra.

VIII

Na hysteria a face exprime o soffrimento; ella se descora ou se injecta, porém, raras vezes apresenta distorsão, a pallidez mortal e lividez que se observa na epilepsia.

IX

A perda de conhecimento e a existencia de convulsões geraes e symetricas são os dous phenomenos capitaes na epilepsia completa.

X

Os accessos epilepticos apresentão-se debaixo de duas fórmas principaes: uma chamada *grande mal* e outra *pequeno mal*.

XI

Na forma pequeno mal póde não se observar movimentos convulsivos; mas ha sempre perda de conhecimento.

XII

Nos casos de hysteria constituida por verdadeira aberração nervosa, sem lesão organica, o emprego do bromureto de potassio acha importante indicação.

XIII

Si a hysteria é dependente da chlorose, o tratamento ferruginoso é o que mais convem.

XIV

No tratamento da epilepsia não se deve ter em vista sómente atacar a causa, mas destruir a disposição á volta dos accessos, e prevenil-os quando se annuncião por signaes precursores.

XV

O bromureto de potassio na epilepsia é um medicamento que póde ser considerado especifico.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Ad dentitionem vero progressis gengivarum stimulantis prurigines febres convulsiones alvi profluvia id que precipue cum caninos dentis emittere cœperint et is qui maximè crassi sunt et alvos duros habent. (Sect. III, aph. XXV.)

II

Ubi copiosior propter naturam cibus ingestus fuerit id morbum creat quod etiam curatio indicat. (Sect. II, aph. XXV.)

III

Neque satietas, neque fames, neque aliud quicquam bonum quod supra naturæ modum fuerit. (Sect. IV, aph. II.)

IV

Ex morbo diuturno alvi deductio malo est. (Sect. VII, aph. XVII.)

V

Cibus et potus paulo pejor, suavior tamen melioribus quidem, sed minus gratis anteponendus. (Sect. II, aph. XXXVIII.)

VI

Qui bene habito sunt corpore ad medicationes molestè habent. (Sect. II, aph. XXXVII.)

Esta these está conforme os Estatutos. — Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 1875.

Dr. Caetano de Almeida.

Dr. João Damasceno Peçanha da Silva.

Dr. Kossuth Vinelli.